

Литература:

1. Зубкова, Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи [Текст] : учеб.пособие для студ. сред. проф. учеб. заведений / Т.С. Зубкова - М.: Издательский центр "Академия", 2003. - 224 с.
2. Мастюкова, Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии [Текст] : учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.М. Мастюкова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. - 408 с.
3. Павленок, П.Д., Руднева М.Я. Технология социальной работы с различными группами населения [Текст] : учеб.пособие / П.Д. Павленок - М.: ИНФРА-М, 2010. - 272 с.
4. Строгова Н.А., Магарычева Е.А. «Проблема психологической помощи родителям, имеющим детей с отклонениями в развитии» / журнал «Школьный логопед», № 1(16), 2007, с. 56-59;
5. Ткачева В.В. Пути социальной адаптации семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Практикум по социальной адаптации. – М.: Издат. ГНОМид, 2000.

Ранняя нейропсихологическая диагностика и коррекция детей с гиперкинетическими расстройствами

Early neuropsychological diagnostics and correction of children with hyperkinetic disorders

Баулина М.Е. (Москва)

Baulina M.E.

Аннотация. В статье рассматриваются методологические принципы и практические аспекты нейропсихологической диагностики и коррекции детей младшего дошкольного возраста, имеющих гиперкинетические расстройства. Предлагается схема экспресс-диагностики, разработанная на основе опыта нейропсихологического сопровождения детей с различными вариантами гиперкинетических расстройств.

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, коррекция, гиперкинетическое расстройство.

Центральными в работе нейропсихолога являются задачи выявления специфики несформированности или дефицитарности психических функций на разных этапах онтогенеза и особенностей их компенсации. При этом особое значение имеет диагностика тех психических функций, которые наиболее востребованы социальной ситуацией развития ребёнка – прежде всего, развивающими занятиями в детском дошкольном учреждении и, в дальнейшем, школьным обучением. Дети с гиперкинетическими расстройствами, включающими нарушения активности, внимания и поведения, проявляющихся в различных сочетаниях, в настоящее время составляют одну из самых многочисленных категорий, являющихся объектом профессионального интереса не только нейропсихологов, но и дефектологов, педагогов и

логопедов. С одной стороны, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 диагноз «гиперкинетическое расстройство» устанавливается врачами при условии, что его симптомы наблюдаются не менее, чем в течение 6 месяцев. С другой стороны, опыт психолого-педагогического сопровождения детей данной категории показывает, что чем раньше начаты коррекционные мероприятия, тем благоприятнее прогноз развития ребёнка.

Методы нейропсихологической диагностики являются тонким инструментом выявления проблем развития высших психических функций и позволяют обнаружить их в возрасте 3-4 лет [2, 4]. Проведение как диагностики, так и коррекции у детей с гиперкинетическими расстройствами обладает рядом особенностей, отличающих их от соответствующей работы с другим контингентом: старших дошкольников с задержкой психического развития, школьников с трудностями обучения, умственно отсталых школьников и других детей с ограниченными возможностями здоровья. Часть этих особенностей обусловлена возрастным фактором и является общей для всех категорий детей до 4 лет. К ним можно отнести:

1) неточность или искажение получаемых при тестировании результатов, обусловленные тем, что маленький ребёнок не включается в совместную деятельность с нейропсихологом из-за отсутствия интереса к предлагаемому экспериментальному материалу;

2) отсутствие мотива экспертизы у ребёнка и, в целом, понимания цели проводимого обследования. Процесс диагностики или коррекции обычно преподносится ребёнку как игра. Однако основываясь на опыте коммуникации с другими детьми и взрослыми, ребёнок знает, что от неинтересной или непривычной игры можно отказаться. Поэтому дети младшего возраста часто оставляют задания незавершёнными и не видят причин, по которым «странная» игра должна быть продолжена.

3) трудности при выполнении заданий с чёрно-белым стимульным материалом;

4) непродолжительность процесса диагностики или коррекционно-развивающего занятия вследствие возрастных особенностей произвольного внимания;

5) невозможность использования буквенного и числового материала;

6) трудности понимания стандартных инструкций, используемых в традиционных методиках нейропсихологической диагностики.

Другие особенности диагностики и коррекции обусловлены самими симптомами гиперкинетического расстройства: импульсивностью, невнимательностью и гиперактивностью. Среди них необходимо отметить следующие:

1) трудности проведения нейропсихологического обследования или коррекционно-развивающего занятия за рабочим столом, поскольку ребёнку крайне трудно сидеть на одном месте больше 2-3 минут;

2) невозможность использования диагностических методик, содержащих большое количество карточек, поскольку они отвлекают ребёнка от того материала, на котором он должен сосредоточиться;

3) большое количество импульсивных неверных ответов, которые снижают формальную оценку эффективности выполнения заданий, в то время как ребёнок способен справиться с ними при условии внешней организации его внимания;

4) проблемы использования диагностических методик, которые требуется выполнять за определённое время, поскольку ребёнок с гиперкинетическим расстройством имеет ярко выраженные колебания уровня работоспособности.

Нейропсихологические исследования показывают неоднородность проявлений гиперкинетических расстройств и позволяют выявить несколько вариантов этого синдрома [1, 3]. Так, лонгитюдные наблюдения за детьми 5-9 лет показали 4 типа отклонений ВПФ. Первый тип связан с дефицитностью базальных структур мозга, задержкой становления функциональной левополушарной доминантности и недостаточностью корково-подкорковой регуляции. В процессе развития таких детей отмечается запаздывание определения ведущей руки, трудности формирования и удержания двигательных программ, нарушения мнестической деятельности в звене избирательности.

Второй тип нарушений характеризуется дисфункцией правого полушария в сочетании с дефицитностью базальных структур мозга. Этот вариант онтогенеза отличается выраженной неустойчивостью возрастной динамики. У детей прослеживаются полимодальные нарушения мнестической деятельности в звене избирательности и дефицит в реализации двигательных функций, как и у детей первой группы. У третьего типа отмечается первичная функциональная дефицитность базальных структур мозга, что замедляет формирование пространственных функций (задние отделы правого полушария), а также функций программирования и контроля (лобные доли левого полушария). У этой группы, как правило, снижены интеллектуальные показатели развития.

Четвёртый тип определяется характеризуется сохранностью базальных структур мозга при выраженной несформированности регуляторных областей коры (лобных доли левого полушария). Отмечаются недостаточность речевого программирования и контроля в обеспечении последовательного выполнения серийных действий, инертность при воспроизведении заучиваемого материала, персеверации, неустойчивость социальных контактов, агрессивность.

Результаты других исследований позволяют разделить детей с гиперкинетическими расстройствами на 3 группы [3]. Первую составляют дети с первичными дисфункциями стволовых и подкорковых структур мозга, у которых вторично страдает функциональное развитие префронтальных областей коры. Во вторую группу входят дети с первичными дисфункциями стволовых и подкорковых структур мозга, у которых вторично страдает функциональное развитие коры преимущественно базальных лобных отделов.

Третья группа характеризуется первичной функциональной недостаточностью префронтальных отделов коры головного мозга.

Сопоставляя данные приведённых исследований, можно отметить, что речь идёт преимущественно о двух типах дефицита: дисфункций I и III структурно-функциональных блоков мозга по А.Р. Лурии. Слабость блока регуляции и поддержания психического тонуса и бодрствования (I блока) проявляется в разбалансировке фоновых компонентов, обеспечиваемых верхними отделами экстрапирамидной системы: интенсивности, темпа, спонтанности двигательных реакций. Слабость блока регуляции, программирования и контроля (III блока) проявляется в виде трудностей произвольного торможения импульсивности и нисходящего коркового контроля над фоновыми компонентами движений.

Указанные особенности развития детей с гиперкинетическими расстройствами позволяют выделить основные «мишени» нейропсихологической диагностики и коррекции. Среди «классических» заданий, используемых в нейропсихологической диагностике следует выбирать такие, которые отличаются простотой инструкции, краткостью проведения, не требуют оценки времени выполнения. В начале обследования или занятия необходимо дать ребёнку заведомо доступное и интересное для него задание, позволив при этом располагаться там, где ему удобнее работать (например, на полу или на подоконнике), и в оптимальной для него позе. Лишь установив эмоциональный контакт, можно предложить ребёнку работу за столом.

Обследование или занятие имеет смысл разбивать на смысловые блоки по 7-10 минут, чередуя разнородные задания, чтобы сохранить оптимальный уровень работоспособности и внимания ребёнка. Например, не следует исследовать зрительный гнозис после оценки зрительной памяти. Вследствие ограниченного объёма внимания и высокой скорости его переключения необходимо предъявлять каждый зрительный стимул (карточку или предмет) отдельно, прикрывая листом белой бумаги остальной материал.

Переключиться с одного вида деятельности на другой помогают физические упражнения – например, игра с мячом. Подвижные игры выполняют ещё одну важную функцию: с их помощью нейропсихолог может определить профиль латеральной асимметрии психических функций ребёнка, так как традиционные «луриевские» пробы оказываются недоступными для выполнения младшими дошкольниками. Чередование деятельности также позволяет неоднократно возвращаться к незаконченным заданиям, которые ребёнок бросил из-за быстрого пресыщения или утомления.

По результатам опыта нейропсихологического сопровождения детей в Психологическом центре «Просвет» г. Москвы может быть предложена экспресс-методика диагностики состояния высших психических функций, учитывающая симптоматику гиперкинетического расстройства. В рассматриваемой схеме обследования представлена оптимальная последовательность методик и характеристика стимульного материала.

1. Исследование зрительного гнозиса: узнавание и называние 12 цветных реалистичных изображений, 7 перечёркнутых контурных изображений.

2. Оценка слухоречевой памяти: запоминание 5 слов с 3 попыток.
3. Копирование круга, квадрата, рисование фигуры человека и дома.
4. Повторение простой двигательной программы: «кулак-ладонь», «ребро-ладонь».
5. Выполнение корректурной пробы, содержащей невербальный стимульный материал. В случае, если ребёнок не может удерживать внимание на одной строчке и отыскивать нужные стимулы слева направо, необходимо предложить ему линейку с рамкой.
6. Составление рассказа по сюжетной картине.
7. Исследование фонематического слуха: показ по инструкции изображений, названия которых похожи по звучанию, - например, «коза» и «коса».
8. Складывание крупного паззла или разрезной картинки из 6-8 частей.
9. Оценка зрительной памяти: запоминание 7 изображений с последующим узнаванием путём выбора из расширенного ряда стимулов.
10. Задание «Нелепицы»: поиск на картинке смысловых несоответствий.
11. Исследование мышления: выполнение методики «Четвёртый лишний».

Следует отметить, что в методике оценки слухоречевой памяти количество стимулов и попыток сокращено по сравнению с нормативами, используемыми в обследовании старших дошкольников и младших школьников. Проба на динамический праксис («кулак-ладонь-ребро») также заменена на более простую двигательную программу. При оценке зрительной памяти детям с гиперкинетическим расстройством целесообразно предлагать узнавание вместо активного воспроизведения, предполагающего самостоятельное рисование запечатлённых стимулов. В заданиях для исследования зрительного гнозиса для детей до 4 лет лучше не использовать бланки с наложенными и недорисованными изображениями, поскольку они способствуют быстрому утомлению ребёнка и мало информативны в этом возрасте. Отдельного внимания заслуживает подбор стимульного материала для корректурной пробы. Он должен соответствовать интересам ребёнка, поскольку требует длительного удержания внимания. Так, мальчикам можно предложить изображения строительных инструментов, а девочкам – лица кукол с различными причёсками.

Несмотря на тщательный подбор методик, сохраняется вероятность быстрого пресыщения ребёнка в процессе обследования. В этом случае необходимо изыскать возможность повторной встречи с ним. Особое внимание важно уделить оценке зоны ближайшего развития ребёнка. Часто случается так, что дети не справляются с большинством заданий, однако недостаточно просто зафиксировать допущенные ими ошибки и констатировать неуспех. Необходимо проанализировать, какой объём помощи необходим ребёнку для того, чтобы правильно выполнить методику. Степень вмешательства взрослого является важным критерием оценки развития ребёнка в динамике. Например, если в начале коррекционно-развивающего обучения ребёнок способен справиться с заданием только при условии одновременного и параллельного выполнения со взрослым, а через несколько занятий ему требуется лишь

организуемая подсказка, подобные изменения следует расценивать как значительную положительную динамику.

Время, в течение которого ребёнок способен удерживать произвольное внимание на заданиях, также должно являться критерием оценки динамики развития ребёнка в процессе коррекционного обучения.

Несмотря на указанные возможности нейропсихологической диагностики, особую трудность при работе с детьми раннего возраста представляет дифференциальная диагностика симптомов импульсивности и нарушений внимания, связанных с гиперкинетическим расстройством, и «возрастных» проявлений эмоциональной лабильности, несформированности функций произвольной регуляции и контроля. Основным критерием в этом случае должна стать успешность выполнения ведущей деятельности и осуществления адекватной коммуникации с ровесниками и близкими взрослыми. С этой целью необходимо использовать данные анамнеза и динамического наблюдения, полученные от родственников, воспитателей ребёнка и других работающих с ним специалистов.

Литература:

1. Баулина М.Е. Актуальные проблемы диагностики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. // Практическая медицина. – Казань: 2013. - № 1 (66). - С. 150-152.
2. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. - СПб.: Питер, 2006. – 80 с.
3. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Нейропсихологические особенности психического развития детей с синдромом гиперактивности // В.М. Бехтерев и современная психология. – Т.2., вып.3. – Казань, 2005. – С. 74-78.
4. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Методическое руководство по оценке психического развития ребёнка. – М.: АПКИПРО, 2004. – 318 с.

Психолого-педагогическое сопровождение педагогов в инклюзивном пространстве

Psychological and educational support teachers in inclusive space

Болтакова Н.И. (Казань)

Boltakova N.I.

Аннотация. На современном этапе развития образования много изменений, связанных с инклюзией, то есть процессом более активного «включения» в общую образовательную систему детей, характеризующихся рядом трудностей, барьеров в обучении и воспитании. Эти трудности во многом обусловлены тем, что педагоги и специалисты, реализующие инклюзивную практику в образовательных учреждениях не готовы к ней. Поэтому необходимо создание службы психолого-педагогического сопровождения педагогов в инклюзивном пространстве.

Ключевые слова: инклюзивное образование, психолого-педагогическое сопровождение, психолого-педагогическая готовность.